



Employment Security Department
WASHINGTON STATE

Reclamo Semanal de Asistencia por Desastre
Asistencia de Desempleo por Desastre

Desastre No.:

WorkSource/TeleCenter:

Nombre del solicitante:

Número del Seguro Social:

Domicilio:

Fecha de la semana que termina en sábado

Si no contesta a todas las preguntas, se negarán o retrasarán sus beneficios.

A. Información del solicitante

Para la semana arriba indicada, conteste Sí o No a las preguntas. Si contesta Sí, complete la información a la derecha, si necesita más espacio, hágalo en otro en otra hoja aparte.

1. Durante la semana ¿Trabajó o desempeño empleo por cuenta propia durante la semana? Si contestó sí, anote el sueldo en bruto, para empleo por cuenta propia ganancias netas, y el número de horas que trabajó en la semana que reclama. Sí No

Ganó	Horas

Nombre del empleador: _____

Nombre del contacto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Número de teléfono: _____

2. ¿Podía y estaba disponible para trabajar cada día de la semana que reclamó? Si No, explique. Sí No

3. Solicitó o recibió pago por cualquiera de lo siguiente:

- a. ¿Vacaciones, enfermedad o día de fiesta? Sí No
- b. ¿Compensación por desempleo de cualquier estado, federal o de ferrocarriles? Sí No
- c. Pérdida de sueldos por enfermedad o deshabilidad (compensación al trabajador / seguro industrial) Sí No
- d. ¿Protección de ingresos seguro privado o beneficios suplementales por desempleo? Sí No
- e. Pension, jubilación seguro social, o annuity under a public or private plan or system? Sí No

Cantidad	Tipo/Fuente de Pago	Periodo cubierto	
		desde	Hasta

B. Información de la búsqueda de trabajo

1. ¿Aceptó todo trabajo que le ofrecieron? Sí No

Si No,
explique

2. ¿Se comunicó con su último empleador para determinar si tenía trabajo disponible durante la semana? Sí No

Si No,
explique

3. Anote abajo la información de todos los empleadores que contactó para trabajo durante la semana que reclama. Asegúrese de anotar toda la información que se requiere en las columnas.

Fecha del contacto	Nombre y domicilio del empleador	Nombre de la persona con la que habló	¿Cómo la contactó? (in persona, CV, o teléfono)	Tipo de trabajo que buscó	¿Qué le dijo el empleador acerca de la posibilidad de empleo?	¿Le tomaron la solicitud? (Sí/No)	Fue este un contacto nuevo? (Sí/No)

C. Empleo por cuenta propia - Actualización de información

Para calificar para beneficios DUA debe mostrar que esta tomando todos los pasos razonables para resumir su empleo por cuenta propia o esta buscando trabajo. Abajo anote con detalle que pasos esta tomando para volver a tener trabajo o resumir su empleo por cuenta propia.

D. Certificación del solicitante

CERTIFICO que toda información que dí en este formulario es correcta y la dí para obtener AYUDA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (*Disaster Unemployment Assistance [DUA]*). Entiendo que se dan fondos federales y que bajo la ley federal podría estar sujeto a enjuiciamiento si encubro hechos materiales a sabiendas, o hago declaraciones falsas para obtener *DUA* sin tener derecho. Se me ha dado una declaración requerida bajo La Ley de Privacidad de 1974 para uso en el Programa Ayuda de Desempleo por Desastre.

Firma del solicitante:

Teléfono:

Fecha:

Firma del representante de la agencia estatal:

Teléfono:

Fecha: